

Opinion

# 医師の働き方改革



広島国際大医療経営学部教授 江原 朗さん

## 江原 朗さん

医師の働く環境は、数十年前と比べて大きく変化しています。受診率の高い高齢者の人口は、30年前と比べて約3倍に増えた一方、医師数の増加は約1.5倍にとどまります。医師一人一人にかかる負担が増す中、昔のような精神論で医療体制を維持するのは限界です。

実際に厚生労働省が2016年度に行った調査では、「過労死ライン」(月平均80時間)と重なる年960時間以上の残業を

容認している勤務医は全体の約4割、過労死ラインの約2倍に当たる年1920時間の約7割以上の医師も10.5%いるとされました。そうした中、厚労省の制度案で勤務医の残業に上限を設けることは、労働の実態を適切に把握し、管理するという意味では評価できるものです。ただ35年度までの特例措置とは言え、救急や周産期などを担う一部の医療機関や臨床研修医について、年1860時間までの残業を容

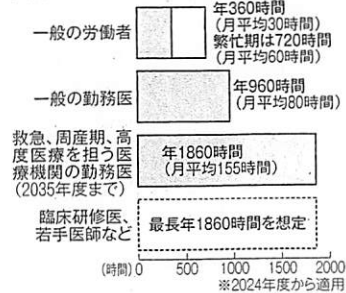
えはら・あきら 栃木県出身。北大医学部を卒業し、同大学院医学研究科博士課程を修了後、北大病院小児科に勤務。その後、小樽市札幌病院、函館中央病院、小樽市保健所など道内で約20年間、医師として働いた。2011年4月から現職。56歳。

厚生労働省が検討している医師の働き方改革の制度案を巡り、道内の医療現場が葛藤を抱えている。長時間勤務に苦しむ医師たちからは、時間外労働(残業)の上限規制などで職場環境の改善を願う声がある一方、医師不足にあえぐ地方病院は

規制が強化されれば、医療体制が維持できないと懸念する。医師の健康を守りながら、どのように地域医療を支えるか。医療政策に詳しい専門家と、地域医療を担う全国の自治体病院の代表に聞いた。(報道センター 斉藤千絵)

# 水曜討論

## 医師の残業の上限規制に関する厚労省案



- ※長時間残業を認める代わりに…
- 連続勤務は28時間まで
  - 日勤の終業と始業の間のインターバル(休憩時間)は9時間以上、当直明けは18時間とする
  - 健康確保が確実に実施されているかチェックする第三者機関を設ける
  - 若手医師の連続勤務をより短くすることも検討



医師の働き方改革 昨年6月に成立した働き方改革関連法は、地域医療の維持や技術向上を理由に、医師については残業の上限規制を2023年度まで猶予し、規制方法も別途、厚生労働省の省令で定めることとした。これを踏まえた制度案では、一般勤務医の上限を「年960時間(月平均80時間)」と一般労働者(年720時間)より長く設定。労災の認定基準となる「過労死ライン」と重なる上、救急や周産期、高度がん治療などを担う一部の医療機関などでは、さらに35年度までの特例として上限を年1860時間に緩和することも検討され、妥当性を巡って議論になっている。

## 全国自治体病院協議会会長

## 小熊 豊さん



おぐま・ゆたか 胆振管内早来町(現安平町)生まれ。北大医学部卒。砂川市立病院院長、同病院事業管理者などを経て、2018年に名誉院長に就任。北海道医師会副会長、全国自治体病院協議会副会長などを歴任し、同年6月から現職。69歳。

地方の医師不足は非常に深刻です。受診率や医師の労働量などを数値化し、医師が集中している度合いを示す厚生労働省の「医師偏在指標」によると、北海道の値は「0.22・0.1」で、全国平均(0.308・0.3)を下回っており、医師は不足傾向にあると言えます。

特に入院治療を必要とする医療サービスをおおむね受けられる地域単位を示す「2次医療圏」で比べると、道内2カ所のうち、

「上川中部」「札幌」は医師多数地域とされた一方、「宗谷」「日高」は全国でも最下位から数えてそれぞれ2、3番目。2036年の推計では、医師の確保が進まなかった場合、道内で1571人の医師が不足すると想定されています。

医師不足により、長時間勤務が地方の医療体制維持の頼みの綱となっている中、働き方改革で「時間外だから」と言って診察をやめれば患者の命に関わり

ます。そうした医師の仕事の特殊性を考えると、厚労省の制度案で勤務医の残業の上限を一般労働者(年720時間)より長い年960時間としたことも、やむを得ないと考えます。

一方で、仕事の生産性や合理化という意識は、これまで医師にはあまり根付いてきませんでした。地域医療に関わる一部の医療機関などで残業を年1860時間まで認める特例措置については、超えてはいけない目安として高めに設定した上で、改善していくべきでしょう。

ただ医師の働き方改革は、医師不足や偏在の解消と三位一体でなければなりません。私が動てきた砂川市立病院では今年4月、定年を65歳から67歳に延長します。若手医師の負担軽減のため、昨年1月からは診療科の一部で午後の新患受け付けをやめています。ただ現場の努力

# 医療機関の再構築必要

認めることは賛成できません。米ハーバード大などの研究チームによる調査では、医師の1勤務当たりの労働時間が34時間の場合、約半分の16時間に抑えた場合と比べて医療ミスが4割近く多いというデータもありません。医師の労働環境は患者の安全にも関わる問題であり、解決は急務のはずです。

一方、規制を設けて病院に押しつけるだけでは、医師の働き方の改善にはつながりません。道が中心となり、各地域に必要な医療機関を体系的に再構築する必要があります。需給バランスを踏まえ、病院の広域組合化や医療機関ごとの役割分担の明確化も検討すべきでしょう。

その際には、地方に住む患者が不利益を被ることのないよう、搬送手段の確保状況や罹患率など客観的な統計を十分に考慮しなければなりません。ドク

だけでは、医師確保が難しい現状はなかなか変わりません。背景には、04年に始まった臨床研修制度が大きく影響しています。新人医師が自由に研修先を選べるようになった結果、都市部の大病院に若手が流れ、大学病院の医局の人数が激減。医局が若手を地方病院に送り、一人前に育てながら医療過疎地域を支えてきた従来のシステムが崩れてしまったのです。

加えて、医療の高度化で内科や外科の中でさらに専門が細分化され、より多くの医師が必要になっている側面もあります。

医師の偏在解消策として、研修医に一定期間、地方での勤務を義務づけるなど、実効性のある見直しが必要でしょう。その上で、検査技師や救急救命士などに医師の業務の一部を移管する「タスクシフト」や医療機関ごとの役割分担の明確化などを進める。医師不足の解消に向けた抜本的な対策が、ひいては医師の働き方の改善につながるのではないのでしょうか。

14年の経済協力開発機構(OECD)の調査では、日本の人口千人当たりの医師数は2.36人。フランスは3.12人、米国の2.57人、日本の医師数が極端に不足しているわけではありません。一方、1人当たりの年間外来受診回数(10年)は、フランスが6.7回、米国の4回ですが、日本は13.1回と2倍以上多いのです。

生身の人間が提供している以上、医療サービスは無限に生み出せるものではありません。患者側も、症状に応じて大病院以外の「かかりつけ医」を利用したり、緊急度が低いのに安易に救急外来を利用する「コンニチア受診」を控えるような心がけたいとです。救急車を呼ぶか迷ったときは、救急相談ダイヤル「#7119」(札幌など一部自治体は限る)の利用も有効です。